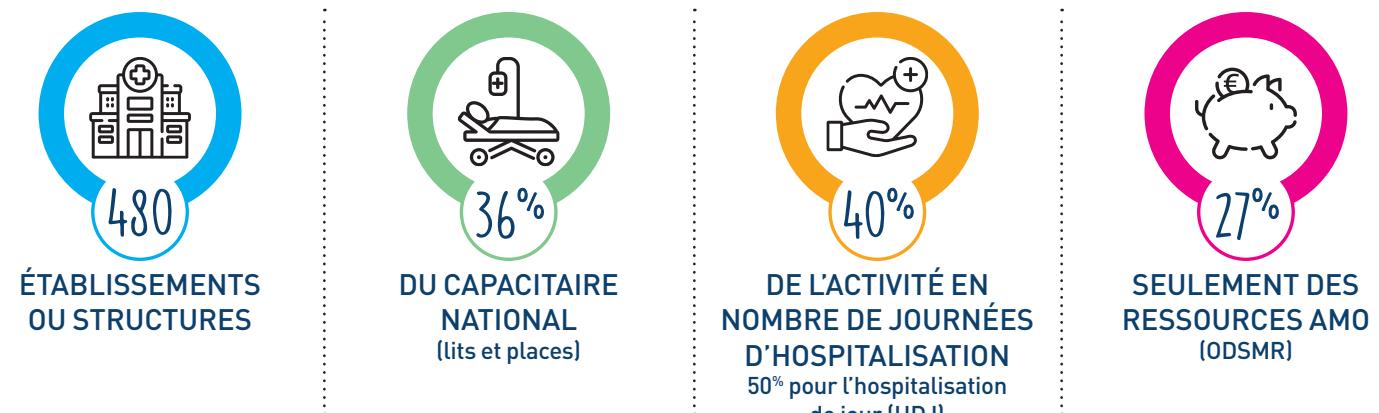


Réforme du financement des établissements de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR). Inégalités et inefficience

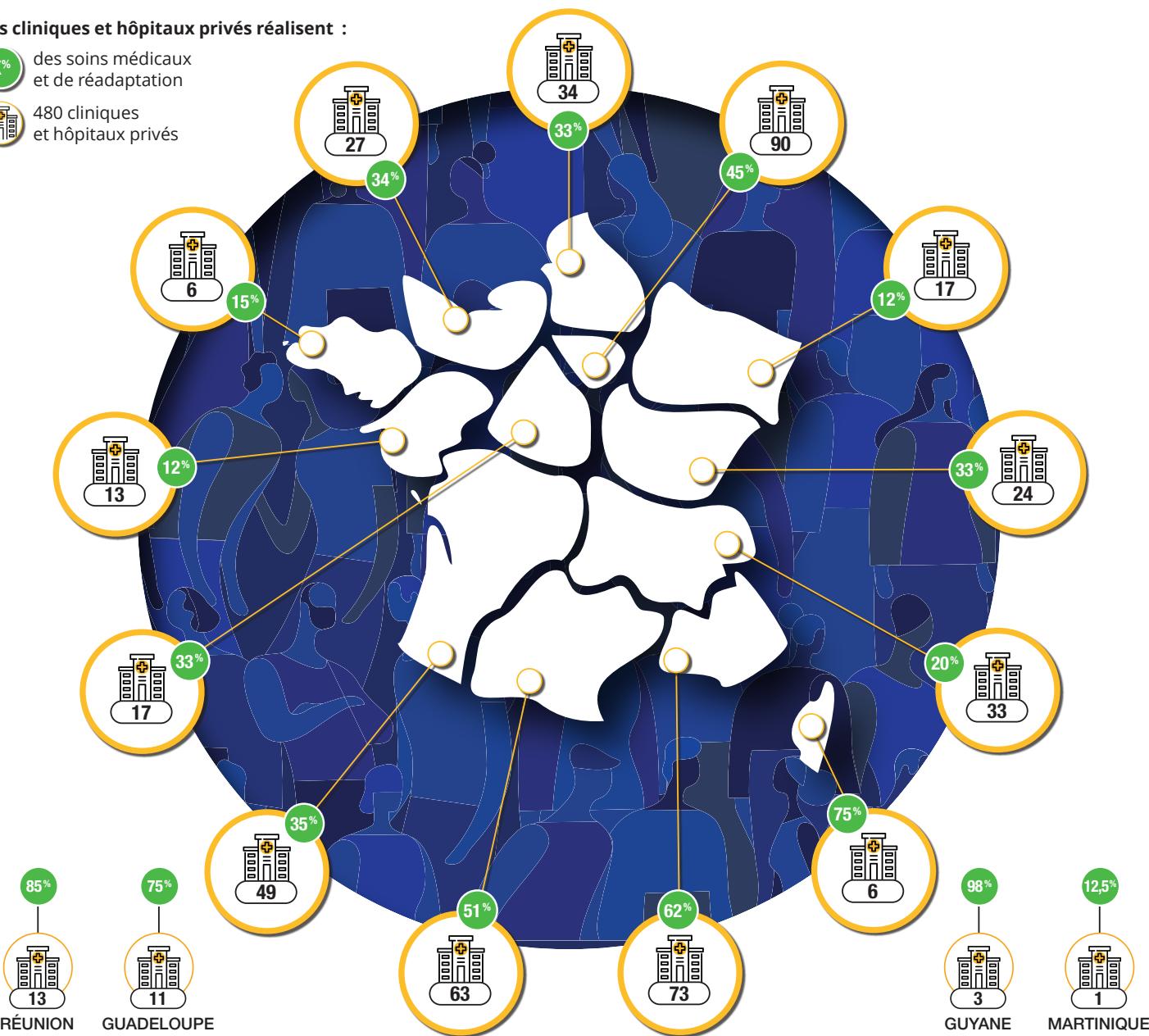
→ La place des établissements de SMR privés dans l'offre hospitalière nationale



→ La place des établissements SMR privés en région

Les cliniques et hôpitaux privés réalisent :

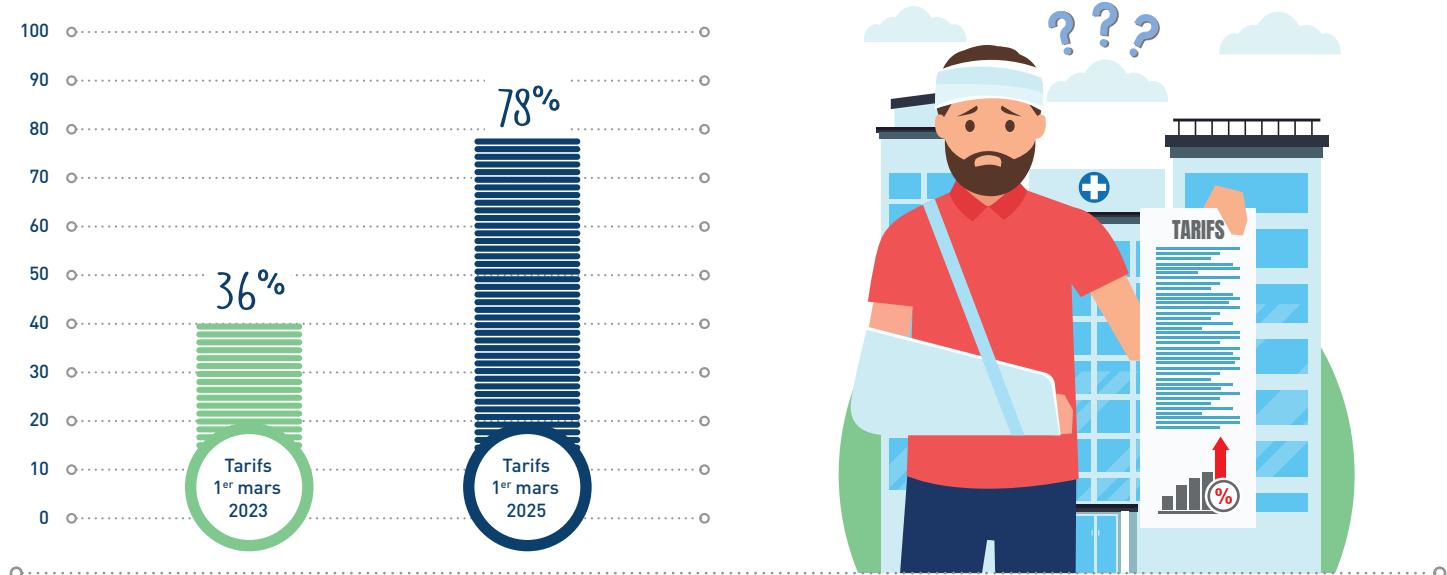
- X% des soins médicaux et de réadaptation
- 480 cliniques et hôpitaux privés



Depuis le 1^{er} janvier 2024, la réforme du financement des établissements de SMR de tous statuts est devenue effective avec un financement pour moitié à l'activité et pour moitié par dotation populationnelle. Et les constats d'une iniquité entre établissements publics et privés sont sans appel.

→ Avec la réforme, les écarts de tarifs sont passés de 40% à 80% (+de 100% en HDJ) entre le secteur privé et le secteur public et associatif (ESPIC). Sans aucune justification.

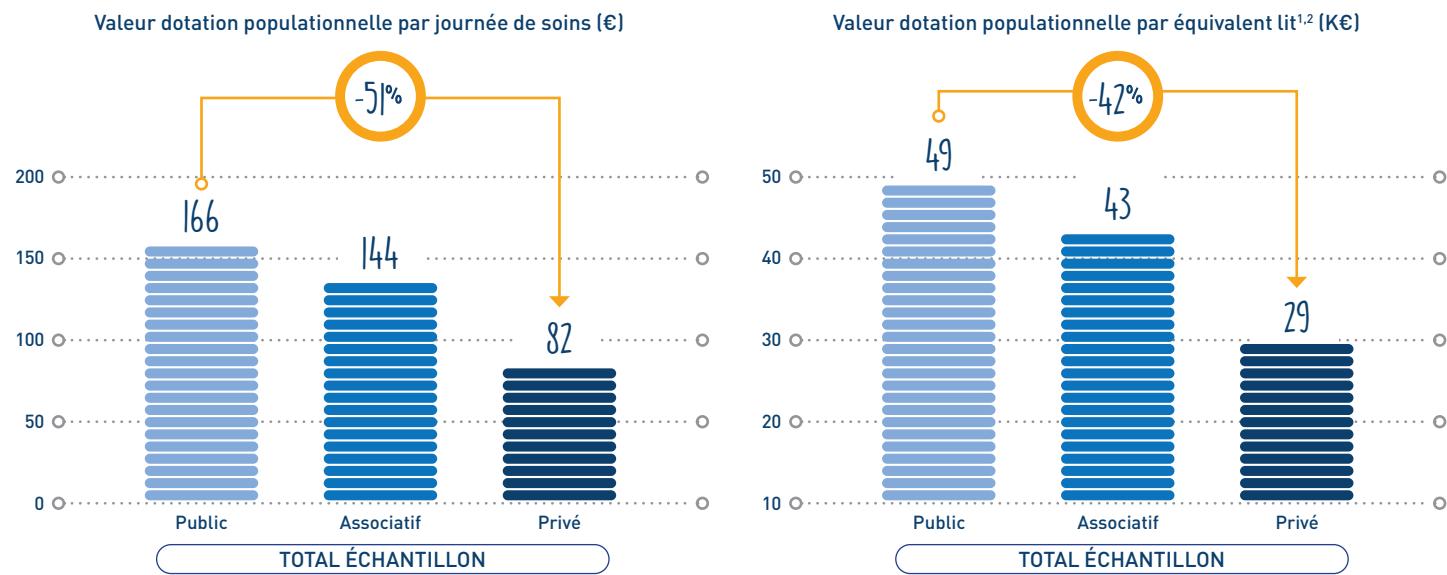
Évolution de l'écart moyen de tarifs entre ex-DAF et ex-OQN en HC en relatif (%)



→ La dotation populationnelle est deux fois plus importante par lits/places ou par journées de soins dans le secteur public que dans le secteur privé. Sans aucune justification.

La dotation populationnelle des établissements de santé privés est en moyenne entre 42% et 51% inférieure au secteur public.

Panorama des dotations populationnelles des établissements SMR de l'échantillon 2024



Échantillon : Dot. pop (M€) = 3029 • Établissements = 1 035 • M journées de soins : 24,9

1. Par hypothèse : 1 lit = 2 places • 2. Par hypothèse, capacité 2023 = 2024 • Source FHP, arrêtés de financement des établissements SMR. DREES - statistique annuelle des établissements. Données établies sur la base d'un échantillon représentatif de 1 035 établissements de tous statuts (57% des établissements SMR) représentant 24,9 M de journées (71% des journées nationales) et plus de 3 Md€ de dotation populationnelle (75% du montant national).

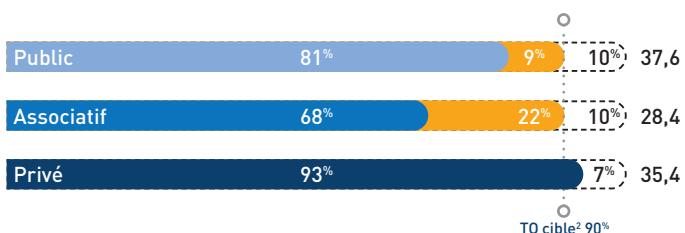
La mise en place de la dotation populationnelle, comme nouveau vecteur de financement, devait permettre l'harmonisation du financement des établissements de SMR et de réduire les inégalités territoriales sur la base de critères géo-populationnels objectifs. Cette dotation représente 4,2 Md€.

Or, il n'en n'est rien ! Dévoyée, les inégalités territoriales ne se corrigeant pas dès lors que la dotation populationnelle est venue constituer un soutien financier à des structures, sans lien avec l'activité et sans répondre à des besoins populationnels. Des lits vides sont tout simplement financés par de l'argent public.

→ En finançant des lits « vides », ce sont près de 515 M€ gaspillés à travers la dotation populationnelle

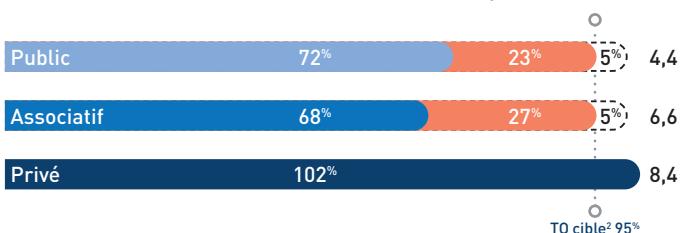
Rebasage de la dotation populationnelle selon l'activité (K lits et places : M€ ; 2024)

Écart de l'activité cible - Milliers de lits¹



L'équivalent de
9 700 LITS
sont financés à vide
en déca d'un TO cible de 90%

Écart de l'activité cible - Milliers de places¹



L'équivalent de
2 800 PLACES
sont financées à vide
en déca d'un TO cible de 95%

Lits et places occupés Lits et places inoccupés en déca de l'objectif Complément à 100%

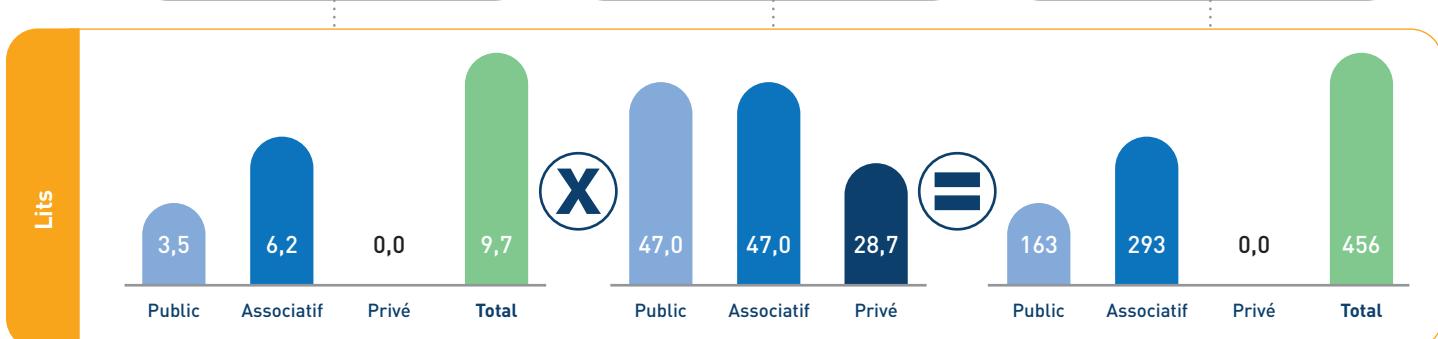
1. Par hypothèse, capacité 2023 = 2024 • 2. TO cible calculé sur 365 jours par an.

La dotation populationnelle étant répartie sur les lits déclarés, la réalité de l'occupation desdits lits est sans incidence sur le financement.

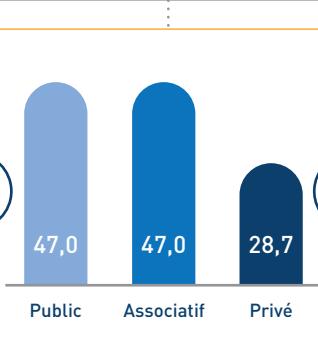
Ainsi, sur le fondement d'un taux d'occupation de 90% en hospitalisation complète et 95% en hospitalisation partielle, ce sont 9 700 lits et 2 800 places qui sont financés sans activité en regard, soit l'équivalent de 515 M€ exclusivement imputables aux secteurs publics et ESPIC.

Rebasage de la dotation populationnelle selon l'évolution de l'activité^{1,2,3} (M€ ; 2024)

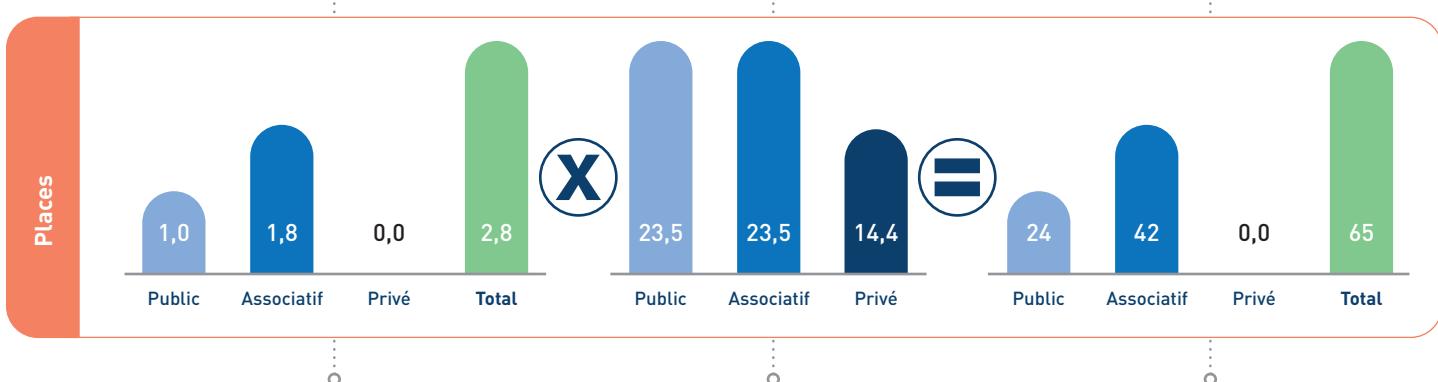
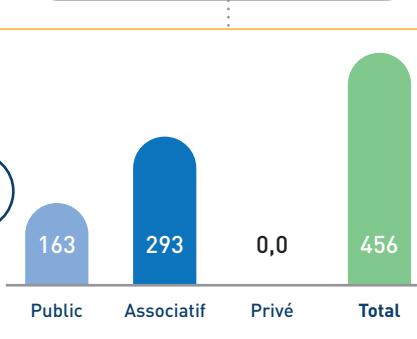
Lits et places inoccupés en déca des objectifs¹



Montant moyen de dotation populationnelle



Rebasage de dotation populationnelle (M€)



1. TO cible calculé sur 365 jours par an, 90% pour les lits et 95% pour les places, par hypothèse, capacité 2023 = 2024. NB : calculs réalisés au niveau sectoriel. Une approche par établissement montrerait les écarts d'occupation au sein des secteurs. • Source DREES - statistique annuelle es établissements, CEHPP; comités financement DGOS.



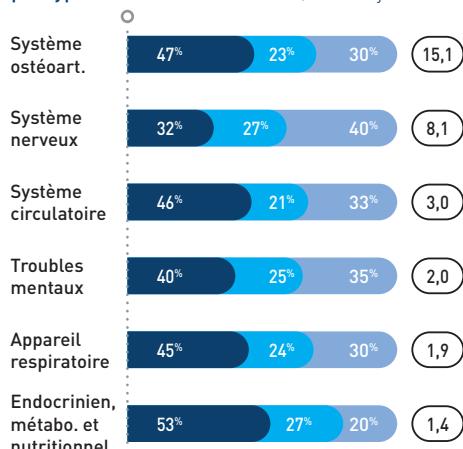
Le rebasage de la dotation populationnelle, en excluant les lits et places non occupés, représente un gain de 515 M€ pour l'AMO

Les constats d'inégalités et d'inefficience des financements dans leurs nouvelles modalités ne sont pas justifiés par le profil des patients pris en charge, étant précisé que les activités SMR reposent sur un cadre réglementaire commun et un périmètre tarifaire identique.

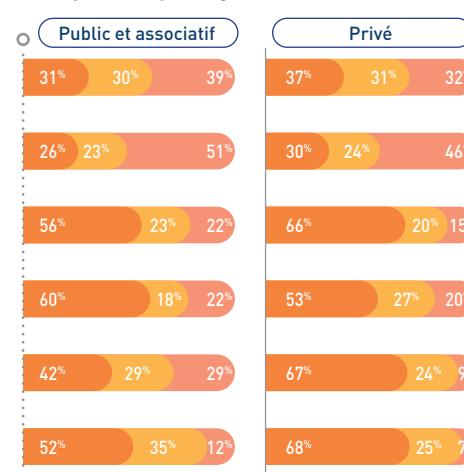
→ **L'écart de dotation populationnelle entre privé, public et associatif ne s'explique pas par l'activité médicale - catégories majeures, lourdeur, qualité.**

Comparaison de l'activité des SMR publics, associatifs et privés

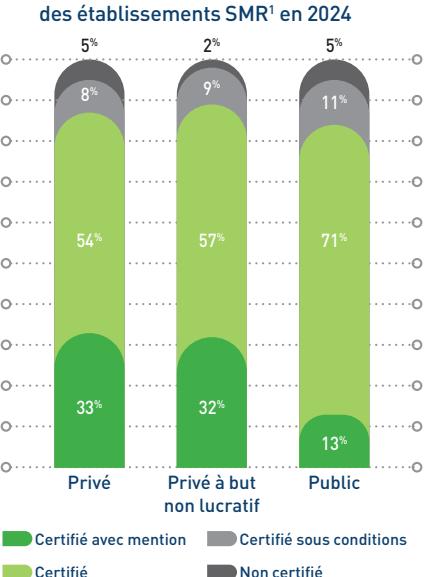
Journées HTP+HC par catégorie majeure et par type d'établissement [2024 ; % et M journées]



Séjours HC par degré de sévérité [2024 ; %]



Certification de la HAS des établissements SMR¹ en 2024



1. Tout ou partie de leur activité.

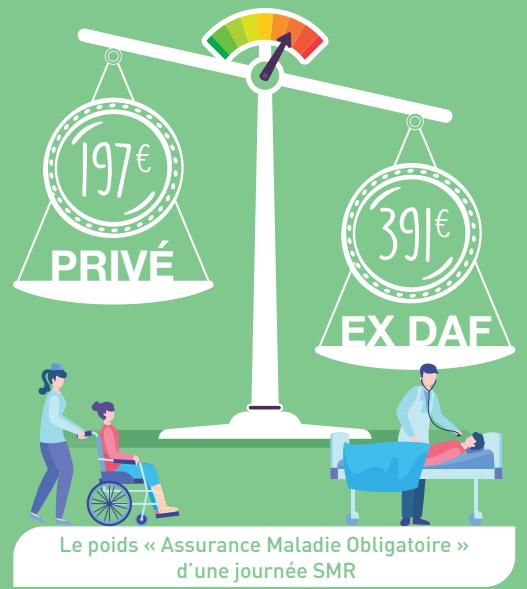
Source : ATIH ScanSanté, HAS - QualiScope, FHP SMR étude certification.

→ Conclusion

Un an après la mise en place de la réforme du financement des établissements de SMR, les biais constatés doivent être corrigés pour améliorer l'efficience du système de santé. L'harmonisation des financements souhaitée initialement n'a finalement aboutie qu'à un accroissement injustifié ainsi qu'à un manque d'efficience flagrant et délétère pour l'ensemble des acteurs.

Le poids « Assurance Maladie Obligatoire » d'une journée SMR en secteur « ex DAF » (public et privé associatif) est estimé à 391 € versus 197 € dans notre secteur.

Sur cette base, et pour une même prise en charge, 1 point de taux de prise en charge en SMR qui basculerait du secteur public vers le secteur privé engendrerait 70 M€ de dépenses en plus. Renouer avec la dynamique d'activité du secteur privé antérieure à la réforme, qui fut désincitative, se traduirait par des économies majeures pour les ressources de l'Assurance maladie. La réalité économique et des activités sur les territoires devrait pouvoir justifier que le secteur privé de SMR soit accompagné et non pas sanctionné.



LEXIQUE

- **AMO : Assurance Maladie Obligatoire**
- **ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif**
- **Ex-DAF : Etablissements anciennement sous Dotation Annuelle de Financement (établissements publics et ESPIC)**

- **Ex-OQN : Etablissements anciennement sous Objectif Quantifié National (établissements privés)**
- **HC : Hospitalisation à temps Complet**
- **ODSMR : Objectif de Dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de Soins Médicaux et de Réadaptation**
- **TO : Taux d'Occupation des lits et places**